La miliaire tuberculeuse

I. DEFINITION :

La définition de la tuberculose miliaire est purement radiologique correspondant à la diffusion à un ou plusieurs points de l'organisme surtout aux poumons d'éléments nodulaires de très petites taille (grains de mil) d'origine tuberculeuse.

La forme habituelle est hématogène et peut donc diffuser à tout l'organisme notamment aux méninges, élément essentiel de gravité ; ces formes étaient autrefois mortelles. La dissémination bronchogène est rare (lésions localisées).

II. ETIOLOGIES :

-La tuberculose miliaire peut survenir à la suite d'une :

- Primo-infection tuberculeuse (enfant).
- Tuberculose extra pulmonaire (adolescent, adulte jeune).
- Tuberculose pulmonaire commune (adulte).

-Les causes favorisantes :

- Surmenage, sous-alimentation.
- Transplantation, déficit immunitaire, éthylisme chronique, corticothérapie.
- Puberté, accouchement, avortement.
- Absence de vaccination.

III. Pathogénie :

Trois mécanismes :

1. dissemination hématogène :

C'est la plus fréquente.

Habituellement à partir d'un foyer caséeux préexistant d'où les bacilles pénètrent par effraction dans un vaisseau.

2. dissémination bronchogène :

Soit par ouverture d'une caverne ou par fistulisation ganglionnaire dans une grosse bronche.

Habituellement unilatérale et même localisée à un lobe.

3. dissemination lymphatique *:*

Elle est rare.

IV. ANATOMOPATHOLOGIE :

1. macroscopie :

Tous les viscères peuvent être atteints.

Granulation jaunâtre diffuse légèrement saillante.

L'atteinte des plèvres et des poumons est constante.

2. microscopie : 3 aspects

Nodule exsudatif : petit foyer d'alvéolite avec caséification centrale.

Nodule folliculaire : nodule épithélio -géganto cellulaire avec nécrose caséeuse centrale.

Nodule fibreux : le collagène enkyste le centre caséeux.

V. ETUDE CLINIQUE :

A. type de description : miliaire aigue généralisée (forme typhoïde d'Empis).

Le début est souvent insidieux marqué par :

-Signes généraux : asthénie, amaigrissement, agitation, céphalée, fièvre à 40° C irrégulière.

-Signes digestifs : HPM discrète, SPM.

-Signes respiratoires : toux sèche, dyspnée, râles diffus, discrète cyanose.

Cependant : -Pouls est non dissocié.
-Langue propre.
-Hémoculture et sérodiagnostic de Widal négatif.
-Absence de diarrhée.

B. formes cliniques :

1. formes pulmonaires :

- Forme suffocante : altération rapide de l'état général.
  Dyspnée extrême.
  Hypoxie sans hyperpnée.
- Forme catarrhale : expectoration abondante, cyanose.
  Râles bulleux, sibilants, ronflants.
- Formes hémoptoiques : rare.
- Formes pleurales : pleurésie sérofibrineuse ou sérohématique bilatérale.

2. formes extra-pulmonaires :

- Forme méningée : rare avec le BCG.
  Syndrome méningé avec ou sans signe généraux.
- Forme laryngo-pharyngée : dysphonie, dysphagie.
- Forme hématologique : syndrome hémorragique, anémique. Leucopénie.
  Rarement aplasie médullaire.
- Forme ganglionnaire : ADP périphériques ou profondes.
- Forme osteoarticulaire : arthralgies, impotence fonctionnel.
- Atteinte des séreuses : pleurésie, péricardite, ascite.

3. la miliaire sub aigue ou chronique :

Signes fonctionnels discrets.
Atteinte générale modérée.
Ou complètement asymptomatique (miliaire froide de BURNAND et SAYE) mais tendance cachectique.

4. formes à type d'embarras gastrique : fièvre, diarrhée, nausées.

VI. DIAGNOSTIC POSITIF :

A. radio du thorax :

Seule affirme le diagnostic de miliaire. L'aspect peut être :

1. typique :

Miliaire hématogène.

Semi d'opacités punctiforme de taille de grains de mil, égales entre elles, à contours nets réguliers, de densité faible, uniformément reparties aux 2 champs pulmonaires.

2. atypique :

Micronodules plus volumineux moins réguliers.

Image réticulo micronodulaires.

Répartition inégale des grains prédominant aux bases ou aux sommets.

3. les images associées :

Image de PIT.

ADP.

Pleurésie ou péricardite.

B .la preuve de la maladie tuberculeuse :

1. interrogatoire :

-absence de vaccination au BCG.

-PIT.

-ATCD de TBC extra pulmonaire.

-notion de contage tuberculeux.

-terrain favorisant.

2. syndrome clinique.

3. examens radiologiques : radio du thorax, TDM thoracique.

4. prelevements bactériologiques :

Recherche du bacille tuberculeux :

-crachats, tubage gastrique, LBA.

-examen direct et culture.

5. biologie :

-VS : accélérée.

-FNS : anémie, hyperleucocytose, leucopénie.

- IDR : peu d'intérêt diagnostique (faiblement positive ou négative chez l'adulte).

C. le bilan de dissémination :

1. localisation choroïdienne et méningée :

FO : tubercules choroïdiens de BOUCHUT.

PL : liquide en eau de roche.

Cytologie : prédominance lymphocytaire.

Bactériologie : BK direct + culture.

2. localisation laryngée :

Laryngoscopie : granulations blanchâtres.

3. localisation pleuro péricardique :

Ponction biopsie pleurale, échocardiographie.

4. localisation uro génitale :
   BK : examen direct et culture (urines, flux menstruel).
5. localisation péritonéale ; ponction d'ascite, laparoscopie et biopsie.
6. localisation hépatique : PBF.
7. localisation médullaire : biopsie de la MO, myéloculture.
8. localisation ganglionnaire : cytoponction ou biopsie ganglionnaire.

VII. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

A. devant les miliaires aigues :

1. Septicémie, endocardite : éliminées par des hémocultures.
2. Brucelloses, salmonelloses: sérodiagnostique de Wright et Widal Fellix.
3. les miliaires infectieux : bactéries : staphylocoque.
   Parasites : pneumocystis carinii.
   Viroses, mycoses.

4. Les hémopathies malignes.
5. la lymphangite carcinomateuse : recherche du pole primitif.
6. les connectivites : LED, PAN…

B. devant une miliaire chronique :

1. La sarcoïdose : miliaire épargnant les sommets et les bases avec des ADP.
2. Les pneumoconioses :(contexte professionnel).
3. Les pneumopathies d'hypersensibilité.
4. Fibrose pulmonaire.
5. Les pneumopathies interstitielles diffuses.
6. La miliaire métastatique.
7. Histiocytose x.

VIII. EVOLUTION

A. Favorable :

- si traitement précoce, formes peu sévères.

Avec amélioration clinique (l'apyrexie et obtenue en 1 à 2 semaines), biologique et tardivement radiologique (les images s'estompent en quelques semaines à quelques mois).

B. Défavorable :

- si traitement tardif, formes sévères.

Avec : extension, asphyxie, séquelles (sclérose, fibrose…)

IX. TRAITEMENT :

1. traitement médical spécifique : 2RHZE/4RH

La dose est en fonction du poids.

La surveillance est impérative : tolérance et efficacité.

Le traitement doit être commencé rapidement sans attendre les résultats dans les miliaires fébriles.

2. la corticothérapie :

La dose : 0.5 mg/j en per os ou IVD.

La durée : 3 à 6 semaines.

Les indications :-altération profonde de l'état général.
-insuffisance respiratoire aigue.
-localisations pleurale, cardiaque et méningée.

3. traitement adjuvant :

-correction des troubles hydro électrolytiques, des complications.

-oxygénothérapie, repos au lit.

X. PREVENTION :

-vaccination par le BCG.

-Dépistage et traitement de tout PIT latente ou patente.

-traitement correct de toute tuberculose.

-isolement des sujets BK +.